

FINANZAS

Información del cliente

Apellido paternal:

Apellido maternal:

Primer nombre:

Iniciales del segundo nombre:

Fecha de nacimiento:

Género:

Médico de atención primaria:

Información sobre el Seguro Médico

() Marca aquí si es para una actualización anual de la CSH

A. Información sobre el Seguro Médico: Favor de mandar por correo, o por fax, una copia del seguro médico o de la tarjeta de CHIP del cuidado de niños (Kid Care CHIP).

Primario

Secundario

Nombre del Proveedor: _____

Número telefónico del Proveedor: _____

Número del grupo: _____

Número de póliza: _____

Asegurado: _____

Fecha de nacimiento del Asegurado: _____

Deducible: _____

Co-pagar: _____

Costo del premio (mensual): _____

Fecha efectiva: _____

Fecha terminada: _____

¿Paga, el seguro, la condición del cliente? Sí No

 Sí No

FINANZAS

Información sobre el ingreso familiar

- B. Ingreso Familiar: Favor de incluir TODOS los ingresos del cliente, cónyuge, pariente(s), padrastro(s), tutor legítimo u adulto(s) que VIVEN en la casa.** Una copia de la declaración de impuestos o talones de pago pueden ser pedidos. Si es trabajador por cuenta propia, favor de mandar la declaración de impuestos más reciente (formulario 1040, frente y atrás)

El número total de los miembros de la familia que viven en la casa es obligatorio: _____

Nota: Clientes elegibles para Medicaid, SSI y/o Waiver NO necesitan incluir sus ingresos.

() El cliente usa Medicaid – SSI – Programa de Waiver ahora.

Número de Medicaid:

Relación con el Cliente: ¿Cuántos meses, al año, está usted con empleo?

Ocupación:

Empleador actual:

Meses/Años en el trabajo actual:

INGRESO MENSUAL

(Para cuentas conjuntas, introduzca la cantidad total de un miembro familiar dejando el otro miembro de campo en blanco.)

Ganancias brutas mensuales (antes de impuestos y deducciones):

Cantidad en una cuenta de ahorros (no es un número mensual):

Manutención de menores, Pensión alimenticia o de la familia y/o Beneficios militares recibidos:

Seguridad social – SSI, SSDI, jubilación, o ventajas de sobreviviente recibidas:

Otros ingresos: Dividendos, intereses, ingresos comerciales (ejemplo: ingresos de alquiler),

inmobiliaria, prerrogativas reales, pensiones, pagos de anualidad, fincas/encargos:

Subsidio de desocupación, remuneración de los trabajadores, beneficios de huelga, subsidios de formación/capacitación:

GASTOS MENSUALS

Premio dental:

Manutención pagada:

Premio de visión:

FINANZAS

Papeleo de Firma

Apellido(s) del cliente:

Primer nombre del cliente:

Fecha de nacimiento del cliente:

() Ciudadano de los Estados Unidos Si NO, fecha de entrar: _____

Número de registro de no-ciudadano/extranjero:

Esta firma certifica que el estado de la ciudadanía/inmigración es correcto por el solicitante. Yo no tengo que dar información de mi estado de ciudadanía ni inmigración por miembros de mi familia que no están solicitando por beneficios de atención médica. Comprendo que mis registros/información serán guardados confidenciales y solamente serán disponibles por propósitos autorizados por mi mismo, o obligado por leyes del estado o leyes federales. La información que he dado en esta solicitud no es, habitualmente, proveído a Inmigración y Servicios de Naturalización (INS).

Firma - Padre/Madre/Tutor/Cliente:

Fecha: _____

Nombre – Padre/Madre/Tutor/Cliente:

Parentesco: _____

Apellido(s) del cliente:

Primer nombre del cliente:

Fecha de nacimiento del cliente:

Yo (Nosotros) solicito para el cuidado de _____ por la Salud Materna y Familiar (*Maternal and Family Health (MFH)*).

Será una dificultad financiera pagar por los servicios recomendados. Yo aplicaré todos los beneficios del hospital y/o beneficios del seguro médicos que recibo hacia el costo del cuidado de mi o de mi hijo. Por los que solicitan por programas de Alto Riesgo Materno (*Maternal High Risk (MHR)*) o Salud Especial de los Niños (*Children's Special Health (CSH)*), comprendo que la Salud Materna y Familiar tiene que dar autorización previa para cualquier cuidado pagado por MFH.

La información que usted ha proveído será guardada confidencial con el Departamento del Salud de Wyoming con la excepción de lo siguiente:

La Salud Materna y Familiar, como parte del Departamento del Salud de Wyoming, es una entidad cubierta. MFH puede pedir de cualquiera agencia del estado, asegurador, plan de salud de grupo, organización de mantenimiento de salud o entidad similar algo o todo de su información protegida del salud. Esta información puede ser usada o revelada por el proceso del tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Esto es de acuerdo con la ley de responsabilidad y portabilidad de información de salud, sección 164.502(a)(1)(ii). Favor de revisar su cliente derechos de privacidad, uso y divulgación de su información de salud protegida.

Toda la información que he dado en la declaración financiera confidencial y aplicación es verdad a lo mejor de mi conocimiento.

Comprendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento. El destinatario de esta información puede revelarla a otras personas. Este consentimiento/liberación es valido para un (1) año al recibir estos servicios. Una fotocopia o reproducción de esta autorización es tan válida como la original.

Firma - Padre/Madre/Tutor/Cliente:

Fecha: _____

Nombre – Padre/Madre/Tutor/Cliente:

Parentesco: _____

Por favor notifique a su Coordinador Enfermera Pública /Coordinado de Atención Médica inmediatamente de cualquier cambio del seguro.